

CathetersPLUS™ Série éducative

Révision du rapport de l'AUC sur les meilleurs pratiques sur le cathétérisme
Dre Lysanne Campeau

Vous trouverez ci-dessous les faits saillants du Rapport de l'AUC sur les meilleures pratiques en matière de cathétérisme, présenté par la Dre Lysanne Campeau, MDCM, Ph. D., FRCSC dans le cadre de la Série éducative de CathetersPLUSMC – une série exclusive de conférences sur les thèmes les plus importants en urologie. Veuillez communiquer avec votre représentant de Red Leaf Medical pour savoir comment participer aux prochaines séances..

Présentation de la revue systématique : *Outcome comparison of different approaches to self-intermittent catheterization in neurogenic patients: a systematic review. S. Shamout et al. Spinal Cord. 2017 Jul;55(7):629-643. doi: 10.1038/sc.2016.192. Epub 2017 Jan 24.*

- 31 études incluses avec 2188 participants.
- Les cathéters hydrophiliques ont montré une diminution des infections urinaires et des traumas urétraux.
- Les cathéters pré-lubrifiés et hydrophiliques ont montré une augmentation de la satisfaction auprès des patients.

Présentation du rapport des meilleurs pratiques sur l'usage des cathéters de l'Association Canadienne d'Urologie : *Canadian Urological Association Best Practice Report: Catheter use. L. Campeau et al. Can Urol Assoc J. 2020 Jul; 14(7): E281–E289*

- Usage de cathéters chez 5 à 10 % des patients "institutionnalisés", sondes à demeure et cathétérisme intermittent.
- La prévalence de l'infection urinaire est de 5% dans la population générale et de 34% dans la population utilisant des cathéters.
- Coûts associés à une ou plusieurs complications secondaires chez un patients admis pour lésion à la moelle épinière est en moyenne de \$14 333.
- Le coût "à vie" estimé à la gestion de la vessie pour un patients faisant du cathétérisme intermittent est de \$73 622.
- Le cathétérisme intermittent est considéré comme le "gold standard", mais certaines situations peuvent le rendre difficile ou impossible (problèmes de dextérité, cognitif, anatomique, obésité).
- Environ 60%-80% des patients arrêtent de faire le cathétérisme intermittent au cours de leur vie.
- Choix du cathéter :
 - Sondes à demeures initialement lors de lésions de la moelle épinière puis à éviter sauf : tétraplégique avec atteinte de dextérité, patients alités et quand le CI est difficile ou impossible

- Sus-pubienne : plus d'indépendance, possibilité sexuelle, moins d'épididymites, plus de satisfaction
- Cathéterisme Intermittent :
 - Avantages : moins d'érosions, de cancer, de calculs de vessies, d'urosepsies. Activité sexuelle.
 - Challenges : douleur, infections urinaires, trauma et strictures urétraux
- **Recommandations du guide :**
 - Individualisation de la stratégie de gestion de la vessie (CI, sonde à demeure, sus-pubienne) en fonction des facteurs anatomiques, des caractéristiques de la vessie, fonctions motrices et cognitives ainsi que la préférences patients et de la qualité de vie. (*Suggestion forte avec données de qualité modérée*)
- Infections urinaires associées aux cathéters
 - Si sonde à demeure : $\geq 10^2$ CFU/ml, diminuer les manipulations de la sonde à demeure peut réduire les risques infections, moins d'infections avec le CI
 - Type et matériel CI : favoriser les cathéters prélubrifiés et hydrophiliques
 - Technique CI : moins d'IVU avec technique aseptique, manque de données sur usage multiple vs unique
- **Recommandations du guide**
 - Utiliser le CI sur les sondes à demeures en utilisation à long terme en raison d'un plus faible risque d'IVU. (Ne pas utiliser régulièrement sondes enrobés d'agents anti microbiens) (*Suggestion forte avec données de qualité modérée*)
 - Pour ceux qui utilise le CI, il est suggéré d'utiliser une seule fois le cathéter en PVC. Les cathéters hydrophilic ou pré-lubrifiés pourraient diminuer la fréquence des IVU. (*Suggestion faible avec données de qualité faible*)

Trauma Urétral

- Favoriser les Cathéters pré-lubrifiés et hydrophiliques
- Technique de CI, manque de données
- **Recommandations du guide**
 - Les cathéters hydrophiliques peuvent causer moins de trauma urétrales (*Suggestion faible avec données de qualité modérée*)

Strictures urétrales

- Aucune différence sur le type de cathéters
- Manque de données sur la technique de CI
- **Recommandations du guide**
 - Il n'y a pas de données qui suggère qu'un type de CI aura un impact sur les strictures urétrales. (*Suggestion faible avec données de qualité faible*)

Perspectives du patient

- Promouvoir le CI : moins de restrictions quotidiennes, indépendance du patient, améliore la qualité de vie
- Pour améliorer l'adhérence : Support, accès au matériel, moins d'interférence avec les activités quotidiennes, éviter les complications
- Favoriser les cathéters hydrophiliques ou prélubrifiés
- Manque de données sur le type de CI
- **Recommandations du guide**
 - On recommande d'offrir les cathéters hydrophiliques ou prélubrifiés aux patients en raison d'une amélioration de la qualité de vie relié à une meilleure vessie. (*Suggestion forte avec données de qualité modérée*)

Analyse économique

- Les cathéters hydrophiliques sont rentables. Amélioration de la satisfaction du patient amène un meilleur QALY. (*année de vie pondérée par la qualité*)
- **Recommandations du guide**
 - On recommande d'offrir aux patients, si possible, les cathéters hydrophiliques car ils sont rentables comparativement aux cathéters standards en usage unique en raison de la diminution des IVU et de l'augmentation de la qualité de vie. (*Suggestion modérée avec données de qualité modérée*)
- **Présentation de l'analyse économique** : *A Cost-Effectiveness Analysis of the Bladder Management Strategies in Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction after Spinal Cord Injury: A Publicly Funded Health Care Perspective, Shamout, Samer & Nazha, Sara & Dragomir, Alice & Baverstock, Richard & Corcos, Jacques & Campeau, Lysanne. (2021).*
- - **Coûts annuels d'utilisation:**
 - Cathéters Intermittents: 1009.30\$
 - Cathéters Suprapubique: 1768.82\$ 1^e année, 1255.54\$\$ ensuite
 - Sonde à demeure: 1255.54\$
 - **Probabilité de toutes complications**
 - Cathéters Intermittents: 27%
 - Cathéters Suprapubique: 44%
 - Sonde à demeure: 53%
 - Cathéterisme intermittent vs Suprapubique: Gain de 1.72 années de vie, 1.77 QALY, Gain 330\$
 - Cathéterisme intermittent vs Sonde à demeure : Gain de 3 années de vie, 1.96 QALY, gain de 2496\$
 - Par contre, la qualité des données est faible : population hétérogène, suivi variable, design et biais des études, différents cathéters et techniques, variabilité dans les définitions des complications et résultats

CONCLUSION

- Pas de solution unique pour tous
- Sélection du cathéter et de la technique repose sur plusieurs facteurs
- Si possible, suggérer des cathéters hydrophiliques ou prélubrifiés
- Réutilisation du cathéter peut être considéré dans certains cas

Est-ce que les bandelettes sont de l'histoire ancienne?

- Il y a deux dysfonctions du plancher pelviens à différencier pour les bandelettes
 - Incontinence à l'effort : Bandelette midurétralesous-urétrales transobturatrice, rétropubienne ou à incision simple
 - Prolapse des organes pelviens (POP): sacrocolpopexie, bandelette transvaginale (polypropylène)

Historique

- 1955 : Bandelette à base de Tantale (réparation du mur antérieur)
- 1990s : Bandelettes de polypropylène dominant le marché pour les prolapsus
- 1996 : Première bandelette transvaginale de Boston Scientific ProteGen pour l'incontinence à l'effort acceptée par la FDA
- 1999 : Rappel de ProteGen par Boston Scientific
- 2004 : Sortie du premier Kit de bandelette

- 2008 : La FDA publie une notification de santé publique concernant plus de 1000 cas de complications
- 2008 : GyneCare Gynemesh PS (Ethicone)
 - Première bandelette de polypropylène fait spécifiquement pour les prolapsus vaginaux
 - Développé à partir d'une bandelette plus grosse pour les hernies abdominales
- 2016 : Les bandelettes transvaginales changent de classe médicales (II à III), classe plus restrictives
- Avril 2019 : La FDA bannit la manufacture et la vente des bandelettes transvaginales pour les prolapsus vaginaux
 - L'utilisation de bandelettes pour les prolapsus peuvent être considéré pour des candidates appropriées
- Il n'y a pas de bannissement des bandelettes sous-urétrales pour l'incontinence de stress ou de la sacrocolpopexie abdominale pour la correction des prolapsus.

Avantages bandelettes pour POP

- Cochrane 2016 : moins de récurrence objective (11-20% vs 38%)
 - Meilleurs résultats anatomiques
 - Moins besoin de chirurgies ultérieures
- Taux de réopérations similaires entre bandelettes de polypropylène et d'autogreffes
- 12% de complications selon étude PROSPECT
- Complications POP
 - Aucune différence sur le taux subjective de guérison
 - Plus de perte de sang
 - Opération plus longue, plus coûteuse
 - Extrusion de la bandelette (1.4-19%)
 - Réopération dans 8% des cas
 - Douleur chronique (15.6%)
 - Dyspareunie
 - Taux de réopérations plus élevées (5% vs 7-18%)
 - Prolapsus
 - Incontinence à l'effort
 - Exposition de la bandelette
 - Taux plus élevées de
 - Blessure de la vessie pendant la chirurgie
 - Incontinence à l'effort de novo

Kits bandelettes transvaginales : Douleurs pelviennes, Dyspareunie, Exposition de la bandelette, dysfonctions urinaires, perforation des organes, infection

Bandelettes sous-urétrales

- Avantages
 - Élimine le besoin de chirurgie abdominales ou du prélèvement de tissus
 - Chirurgie plus rapide
 - Sédation légère ou anesthésie locale
 - Chirurgie d'un jour
 - Rétablissement post-op plus court
- Complications
 - Rétention urinaire (2-4%)
 - Urgence urinaire nouvelle

- Dysfonction sexuelle
- Saignements, infection
- Extrusion, exposition de la bandelette (2%)
- Douleur chronique
- Blessures viscérales ou neurovasculaires
- Besoin d'exérèse de la bandelette (3% en 9 ans)

Utilisation à travers le monde

- **Canada**
 - Interdiction des bandelettes transvaginales pour la réparation postérieure
- **Québec**
 - Moratoire pour les bandelettes sous-urétrales transobturatrices
 - 4 centres d'excellence autorisés
- **Europe**
 - Bandelettes transvaginales autorisées seulement pour des indications complexes
- **Royaume-Uni**
 - 2019 NICE : Interdiction des Bandelettes transobturatrices, rétropubiennes, sphincter artificiel. Bandelette transvaginales pour les études seulement
- **Australie et Nouvelle-Zélande**
 - Interdiction des bandelettes transvaginales pour le POP

Le future des bandelettes?

- Synthétique absorbable
- Biologique
- Composite
- Enrobé de collagène
- Ingénierie tissulaire

Conclusion

- **POP**
 - Kits de bandelettes transvaginales sont de l'histoire ancienne
 - Réparation des prolapsus aidée par bandelette
 - Sélection minutieuse des patientes, par chirurgiens spécialisés
- **Incontinence à l'effort**
 - Difficile de justifier les bandelettes transobturatrices
 - Rétropubienne ont toujours un avantage mais nécessite une discussion chirurgicale et un consentement éclairé de la patiente

Le présent contenu a été revu et approuvé par la Dre Lysanne Campeau.